

Article

« Vivre et survivre avec des antidépresseurs : ambivalences du rapport au médicament psychotrope »

Marcelo Otero et Dahlia Namian

Frontières, vol. 21, n° 2, 2009, p. 56-69.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/039459ar>

DOI: 10.7202/039459ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Résumé

Les antidépresseurs sont parmi les médicaments les plus prescrits et consommés au Québec, au Canada et en Occident, non seulement pour les dépressions mais aussi pour des affections très variées. Ils sont devenus une « marchandise » très prisée dont la valeur d'usage, c'est-à-dire son utilité sociale, est la promesse du rétablissement de l'action de la personne déprimée. Dans cet article, il s'agira de considérer, du point de vue de l'utilisateur, les expériences complexes de la prise d'antidépresseur afin de saisir les tensions typiques qui les traversent, les caractéristiques générales qui les distinguent et les dimensions collectives qui les lient de manière spécifique en leur conférant une certaine unité.

Mots clés : *antidépresseurs – dépressions – valeur d'usage – individualité contemporaine.*

Abstract

Antidepressants are one of the most prescribed and consumed drugs in Quebec, Canada and other Western States, not only for depressions but also for various and diverse afflictions. They have become a highly rated "merchandise" for which the use value, in other words its social utility, is the promise of restoring the depressed individual's action. In this article, we will consider, from the perspective of users, the complex experiences that come with taking antidepressants in order to seize the typical tensions that most describes them, the general characteristics that best distinguishes them and the collective dimensions that link them together while conferring them a certain unity.

Keywords : *antidepressants – depressions – use value – contemporary individuality.*

VIVRE ET SURVIVRE AVEC DES ANTIDÉPRESSEURS

Ambivalences du rapport au médicament psychotrope¹

Marcelo Otero, Ph.D.,

professeur, Département de sociologie, UQAM, CRI, MEOS.

Dahlia Namian, M.Sc.,

Département de sociologie, UQAM, CRI.

LA VALEUR D'USAGE DES ANTIDÉPRESSEURS DE MASSE

Les antidépresseurs sont parmi les médicaments les plus prescrits et consommés au Québec, au Canada et en Occident, non seulement pour les dépressions mais aussi pour des affections très variées². Malgré la polyvalence renversante de cette molécule que l'on dit curieusement « spécifique », l'antidépresseur est devenu le médicament emblématique pour soigner, traiter, gérer la nervosité sociale contemporaine sous sa forme la plus répandue : les anxiodépressions³. Les antidépresseurs surpassent largement à ce titre les anxiolytiques au moins sur deux plans : d'une part, ils sont de plus en plus utilisés pour traiter les troubles anxieux⁴ et, d'autre part, ils s'affichent comme « vrai » médicament, traitant une « vraie maladie » (la dépression), et non comme une simple molécule destinée à traiter des symptômes, certes

dérangeants, mais associés de manière diverse à d'innombrables pathologies. Les anxiolytiques sont stigmatisés comme « médicaments symptomatiques », comme de simples aspirines de l'humeur. Si l'on croit ce qu'affirment ses concepteurs et ses promoteurs, les antidépresseurs seraient davantage sophistiqués sur le plan pharmacologique : il s'agirait de molécules dont l'usage est non seulement confortable, aisé et peu dangereux, mais ne provoquerait pas de dépendance et peu d'effets secondaires, du moins par rapport à d'autres médicaments psychotropes. Les anxiolytiques (allant des barbituriques aux benzodiazépines) portent, quant à eux, le lourd stigmate historique de la dépendance. Mais surtout, ce qui justifie en dernière instance la consécration de l'antidépresseur comme thérapeutique médicale reconnue et bien établie est sa prétendue efficacité pour traiter les pathologies pour lesquelles il a été conçu et mis sur le marché.

Si tout ce qui précède fait l'objet de nombreux débats scientifiques, idéologiques et moraux, le recours massif aux antidépresseurs contemporains⁵ est un fait brut de valeur égale aux tentatives, dans ce champ de pratiques, de « légiférer » à coup

d'arguments scientifiques, commerciaux et moraux de plus en plus difficiles à distinguer. Ces tentatives donnent lieu à un véritable bouillonnement intellectuel, qui s'affiche tantôt comme fécond révélateur de la complexité du rapport de l'humain à des substances psychoactives, tantôt comme simple reconduction du moralisme social ambiant (judéo-chrétien gardien de la souffrance salutaire, libérateur des pauvres consommateurs aliénés, etc.). Quant aux mobilisations d'intérêts que ces débats suscitent, elles sont révélatrices tant des fonctions complexes jouées par des groupes socioprofessionnels et économiques engagés dans l'univers du médicament que des rustres réflexes corporatistes pour accroître les intérêts commerciaux.

Qui doit décider de la légitimité du recours et des usages d'une substance psychoactive? Le médecin soucieux de l'observance rigoureuse de la prescription et du respect des bonnes pratiques? Le fabricant qui les met sur le marché en labellisant sa nature thérapeutique et qui ne vante que ses qualités? Le sociologue à l'affût de nouvelles formes d'aliénation capitalistes? L'anthropologue qui peine à trouver une symbolique digne de ce nom dans les usages tous azimuts de substances synthétiques? Le psychanalyste en mal de patients? Les gouvernements qui voient exploser les coûts en consommation de médicaments? Les associations d'usagers? La loi? Bien entendu, toutes ces instances le font, et continueront de le faire, dans leurs champs respectifs, à partir de leurs cadres théoriques, leurs mandats spécifiques, leurs intérêts socioprofessionnels, politiques et commerciaux, etc.

La définition d'un « problème » comme relevant du champ de la santé « mentale » et susceptible d'être traité avec des thérapeutiques spécifiquement « mentales » est un processus social, culturel et médical complexe. Il demeure toutefois une certitude plus empirique que théorique à l'effet que certains problèmes de santé mentale et leurs réponses thérapeutiques semblent être plus proches des variations de la normativité sociale et culturelle que d'autres. Si l'on sépare grossièrement les « psychoses » (troubles sévères fort handicapants touchant une minorité de la population; pensons à la schizophrénie) des « névroses » (troubles moins handicapants mais fort généralisés)⁶, on peut constater la relative stabilité des premières (par exemple, la schizophrénie toucherait environ 1% des populations occidentales), la variété (dépression, anxiété, hystérie, phobies, etc.) et l'ampleur des deuxièmes (par exemple, la dépression affecterait aujourd'hui entre 12% et 25% des femmes et entre 6% et 12% des hommes). Ces

dernières sont historiquement volatiles (elles apparaissent, deviennent épidémiques et disparaissent); floues (en transformation constante, symptomatologie riche et ambiguë, difficiles à diagnostiquer) et, enfin, elles constituent de formidables révélateurs de manquèments à certains impératifs sociaux (l'hystérie comme échappatoire de la rectitude sexuelle du XIX^e siècle, ou la dépression, comme manifestation de l'envers des exigences de performance sociale contemporaines). Nous préférons le terme « nervosité sociale », plus général et sociologique, que celui de « névrose » trop connoté par la psychanalyse, pour désigner l'univers instable de problèmes de santé mentale propre à une époque et à une société données. La dépression et l'anxiété sont deux composantes majeures de cet univers dans les sociétés occidentales contemporaines⁷.

La même chose peut être dite à propos des thérapeutiques sollicitées pour s'attaquer à ces formes de « nervosité sociale ». Elles sont en effet des formidables révélateurs de ce qu'il faut « au niveau mental » pour soutenir à la fois l'individualité (la forme sociale de l'individu aujourd'hui) et la socialité (la forme sociale de l'être ensemble aujourd'hui) contemporaines. Souvent, elles disparaissent, ou plutôt sont reléguées par d'autres thérapeutiques « de choix », emportant avec elles les pathologies qui les ont légitimées : hier, l'hypnose et l'hystérie ou encore la psychanalyse et la névrose et demain, on peut le présumer, les antidépresseurs et la dépression. Les raisons de ces « disparitions » ne s'expliquent pas par le fait, par exemple, que la psychanalyse soit venue à bout des névroses ou encore que les antidépresseurs enrayeront un jour les dépressions, mais bien parce que les conditions sociales de leur émergence, et de leur maintien, se transforment. Les « nervosités sociales » ne se guérissent pas, mais disparaissent et laissent la place à d'autres, et le même processus s'applique aux réponses thérapeutiques.

Les médicaments psychotropes ne sont pas, comme le veut l'expression consacrée, des médicaments de l'esprit. L'individualité ne s'épuise pas dans la psyché, l'esprit, l'âme, la personnalité, car le corps, cet incontournable fouteur de troubles théoriques, vient brouiller les rêves spirituels des philosophes et des sociologues. L'individu n'est ni l'un (corps) ni l'autre (esprit), car le « vivant humain » est en quelque sorte les deux, même si les mots font défaut pour l'énoncer et le cartésianisme est bien ancré dans le sens commun populaire et scientifique. Comme nous l'avons expliqué ailleurs (Collin, Otero et Monnais, 2007), et sans nier l'importance des travaux portant sur l'intrusion des

médicaments dans les processus de socialisation courante, il nous semble nécessaire de souligner encore une fois une évidence sociologique souvent négligée : le social informe le médical au moins autant que le médical informe le social, pour le meilleur et pour le pire. En d'autres termes, le médicament n'est pas moins révélateur de nouvelles dimensions de la socialité que vecteur de médicalisation.

Marx disait que le capitalisme, pour l'expliquer brièvement, est un système de production de marchandises, ces dernières étant sociologiquement parlant des objets particuliers. Une marchandise, pour mériter ce nom, doit comporter deux dimensions : sa valeur d'usage (à quoi elle sert) et sa valeur d'échange (à combien d'unités elle peut s'échanger contre une autre marchandise de valeur d'usage différente). La valeur d'usage est socialement et culturellement définie par la « société » dans laquelle la marchandise est vendue et achetée et, dans ce sens, un diamant et de la nourriture, par exemple, sont toutes les deux « utiles ». La valeur d'usage n'a donc rien à voir avec le caractère nécessaire d'un objet et elle ne peut pas être mesurée. Il s'agit en fait d'une dimension qualitative. La valeur d'échange, quant à elle, c'est-à-dire combien de tonnes de nourriture peuvent être échangées contre un diamant, est une dimension quantitative qui peut être mesurée et étudiée par des disciplines, telles que l'économie, qui chercheront à faire abstraction de la dimension qualitative de la marchandise en se concentrant sur des logiques telles que les mécanismes de formation des prix, le coût de production, les logiques de spéculations, la rareté, etc. Si les deux dimensions sont nécessaires à la constitution de l'objet « marchandise » (et la plupart des objets qui nous entourent le sont), c'est son utilité sociale et culturelle qui intéresse le plus les sociologues.

L'antidépresseur est une marchandise : elle a une valeur d'échange et une utilité sociale. Nous avons déjà abordé ailleurs (Otero, 2005; 2007) les dimensions structurelles, collectives et institutionnelles de la constitution de la valeur d'usage des antidépresseurs (discours scientifiques, processus historiques, contraintes économiques, etc.). Mais qu'en est-il de cette valeur d'usage du point de vue des usagers, consommateurs, utilisateurs d'antidépresseurs? Dans cet article, nous nous limiterons à la seule analyse, du point de vue de l'utilisateur, de la valeur d'usage concrète de l'antidépresseur, trop souvent étudiée dans des buts « sanitaristes » (la bonne observance à l'égard de l'utilisation du produit, les bonnes pratiques médicales) ou « salutaristes » (comment sauver

la personne souffrante de son aliénation médicamenteuse et la guider vers des alternatives thérapeutiques plus « psychiques », « humaines », « sociales ». Il s'agira d'étudier le rapport qui s'établit entre, d'une part, un individu concret souffrant et/ou dysfonctionnel et, d'autre part, une molécule spécifique à visée thérapeutique. Bien entendu, l'individu et la molécule ne sont pas ontologiquement équivalents, mais leur rapport constitue une mise en abyme de deux univers complexes ouverts l'un sur l'autre. Entendons-nous, cette ouverture mutuelle n'est pas un espace hasardeux, incertain, sans consistance. Bien au contraire, elle est, et sans être pour autant déterminée en tous points, balisée par deux institutions majeures : l'individualité et le médicament. Le médicament est une institution au sens où il porte en lui l'histoire, le prestige scientifique, médical et thérapeutique nécessaire pour se présenter comme la réponse adéquate à un problème défini comme médical (pathologie, maladie, trouble, désordre, etc.). Testé empiriquement de façon constante avec des moyens significatifs, et mis en marché parfois de façon agressive, le médicament est profondément ancré non seulement dans le registre du biologique pathologique, mais aussi dans le registre du social (médicaments de confort, de performance, identitaires, sociaux, cosmétiques, etc.). L'individu souffrant et/ou dysfonctionnel, quant à lui, ne souffre pas et ne « dysfonctionne » pas comme il le veut : il le fait par rapport à l'individualité contemporaine, c'est-à-dire la forme sociale de ce qui constitue un individu aujourd'hui⁸. Malgré leurs incontestables singularités individuelles, les souffrances et les dysfonctionnements sont codifiées sous différentes formes et les problèmes de santé mentale en sont une. Les anxio-dépresseurs sont l'une des plus courantes codifications de la souffrance et du dysfonctionnement de masse qui renvoient clairement à l'une des principales lignes de faille de l'individualité contemporaine.

D'un côté, on se trouve face à des lignes de failles de l'individualité incarnées par les souffrances et les dysfonctionnements et, de l'autre, face à la réponse institutionnalisée pour les colmater, les antidépresseurs. Entre les deux, toutefois, il existe un rapport « utile », à la fois singulier et institutionnalisé, qui s'établit entre la personne souffrante et/ou dysfonctionnelle et cet objet technologique investi de nombreuses fonctions et significations dont les limites sont difficiles à distinguer (techniques, thérapeutiques, sociales, morales, culturelles, etc.) (Collin, 2007 ; Van Der Geest et Whyte, 1989). À partir de plusieurs recherches menées entre

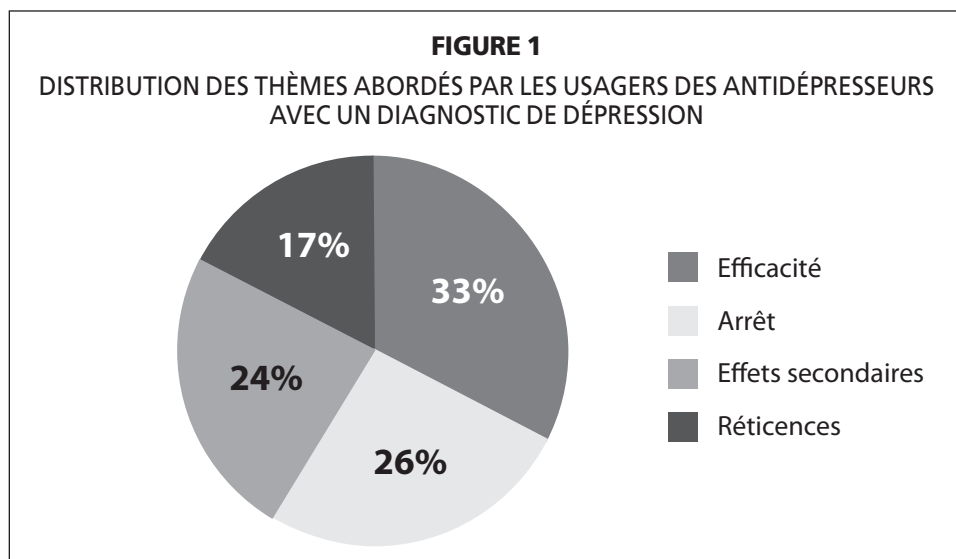
2005 et 2008, nous avons constitué un corpus de 60 récits de personnes habitant à Montréal ayant reçu un diagnostic formel de dépression majeure (par un médecin ou un psychiatre) et ayant pris des antidépresseurs dans le but de traverser, faire face, contrer, vivre, voire tout simplement « tenir bon » au cours de cette épreuve. Nous avons pris soin dans la constitution de notre échantillon de reproduire autant que faire se peut les caractéristiques socio-démographiques générales des populations affectées couramment par la dépression selon les paramètres que les recherches épidémiologiques considèrent comme les plus courants en termes d'âge (adultes entre 20 et 60 ans), genre (deux fois plus de femmes que d'hommes) et caractéristiques socioéconomiques (revenus inférieurs, inférieurs-moyens, moyens, moyens-élevés) (Otero, Lalonde et Namian, 2009). Dans cet article, il s'agira d'analyser les expériences de la prise d'antidépresseurs de ce groupe de 60 personnes afin de saisir les tensions typiques qui les traversent, les caractéristiques générales qui les distinguent et les dimensions collectives qui les lient de manière spécifique en leur conférant une certaine unité.

Il s'agira de considérer l'expérience sociale de la prise d'antidépresseurs qualitativement dans sa généralité, c'est-à-dire d'analyser les résonances spécifiques et transversales aux expériences particulières, plutôt que de rendre compte de facteurs singuliers, tributaires, par exemple, de variables telles que l'âge, le sexe, le niveau de revenus, etc. Ces résonances spécifiques et transversales réconcilient concrètement les clivages socioéconomiques, de genre et d'âge dans les termes mêmes imposés par la logique sociétale de l'épreuve dépressive et de l'expérience globale de la prise d'antidépresseurs. L'épreuve dépressive et les stratégies mises en œuvre pour la

gérer, dont la prise d'antidépresseurs, se déploient inéluctablement par rapport à la grammaire « technico-syndromique-psychopharmacologique » mise au point par les disciplines biomédicales et aujourd'hui largement socialisée. Cette grammaire tend à réduire le trouble diagnostiqué et la thérapeutique prescrite à deux seules consistances parmi les multiples qui les composent : « le mental pathologique » et « le neurochimique à rééquilibrer ». Ce sont ces autres consistances, multiformes et complexes, qui seront réhabilitées ici afin de restituer l'épaisseur sociale de l'expérience de la prise d'antidépresseurs.

Pour commencer, quels sont les thèmes qui s'imposent lorsqu'on écoute le récit des expériences concrètes des personnes ayant reçu un diagnostic de dépression et qui prennent régulièrement des antidépresseurs pour la traiter ? Si l'on quantifie le nombre de mots employés pour décrire les interactions concrètes avec l'antidépresseur, dans une première approche de notre matériau, quatre thèmes émergent clairement : efficacité, arrêt, effets secondaires et réticences.

Le thème de l'efficacité représente le mieux l'utilité de l'antidépresseur : il est non seulement la raison d'être de la création de la molécule par l'industrie pharmaceutique et la science, mais aussi de sa prescription par les médecins généralistes/psychiatres tout comme de sa consommation par les personnes diagnostiquées déprimées. Mais qu'est-ce que cela signifie être efficace ? Réduire les symptômes ? Améliorer la qualité de vie ? Éradiquer la maladie ? Soulager la souffrance ? Empêcher la dégradation d'une situation déjà difficile ? Rétablir le fonctionnement normal ? Le deuxième thème qui suit en importance, et qui constitue déjà une interpellation à l'endroit de la prétendue innocuité du médicament, est la question



L'INDIVIDU SOUFFRANT ET/OU DYSFONCTIONNEL, QUANT À LUI,
NE SOUFFRE PAS ET NE « DYSFONCTIONNE » PAS COMME IL LE VEUT :
IL LE FAIT PAR RAPPORT À L'INDIVIDUALITÉ CONTEMPORAINE,
C'EST-À-DIRE LA FORME SOCIALE DE CE QUI CONSTITUE

UN INDIVIDU AUJOURD'HUI.

de l'arrêt de la prise du médicament : Est-il facile d'arrêter ? Peut-on arrêter ? Doit-on arrêter ? Devient-on dépendant ? S'agit-il d'un arrêt ou d'un sevrage ? Le troisième thème quantitativement significatif est la question des effets secondaires : Quels sont les effets secondaires ? Vaut-il la peine de supporter des souffrances supplémentaires ? N'est-il pas normal de souffrir pour guérir puisque tout médicament est aussi un poison ? Le quatrième thème en importance est celui des réticences initiales au recours aux antidépresseurs pour régler un problème dit de santé mentale : Comment se fait-il que la subjectivité peut être façonnée par une simple pilule ? Ne s'agit-il pas somme toute d'une béquille ? Ne risque-t-on pas de taire la souffrance au lieu de l'écouter, l'interroger, la vivre ?

Si l'on regroupe les allusions aux thèmes de l'arrêt, des effets secondaires et des réticences à l'égard des antidépresseurs, on constate que presque 70 % de celles-ci dessinent le spectre d'un soupçon : Comment et quand arrêter ? Que faire des effets secondaires ? Comment justifier, devant soi et les autres, le recours à une pilule pour régler des problèmes au statut incertain (médicaux, psychologues, sociaux, etc.) ? La question de l'efficacité demeure néanmoins qualitativement centrale et nous lui accorderons beaucoup de place : pourquoi, malgré toutes les appréhensions et les difficultés liées à leur usage, a-t-on recours massivement aux antidépresseurs ? Regardons de près, en respectant l'ordre chronologique de l'expérience, les dimensions significatives du rapport entre individualité et médicament psychotrope.

DE LA RÉTICENCE À LA RÉSIGNATION

Contrairement à une idée reçue qui s'appuie sur les chiffres effarants de la consommation d'antidépresseurs, le recours aux médicaments psychotropes pour régler un problème dont les ancrages biologiques ne sont pas clairs, et encore moins établis, est rarement accepté sans réticences. En d'autres termes, il ne semble pas y avoir de banalisation du recours aux antidépresseurs. Même si tous les interviewés finiront par suivre le traitement par antidépresseurs et, une bonne partie d'entre

eux, le font encore de manière régulière, les premières réactions vis-à-vis du recours possible à ce médicament sont négatives, catégoriques, défensives et parfois presque instinctives et viscérales : l'antidépresseur n'est définitivement pas la solution. Les déclinaisons les plus fréquentes de ces réticences initiales parlent d'elles-mêmes :

- *Au début, moi, je n'étais pas d'accord du tout.*
- *Je n'ai jamais voulu prendre des médicaments.*
- *Je refusais de prendre des antidépresseurs.*
- *J'ai peur de ça, ça ne m'intéresse pas et je ne veux pas.*
- *C'est de la merde que je mets dans mon corps.*
- *Moi, je suis très anti-pilules.*
- *Les pilules, j'ai de la misère avec le côté médication.*
- *Je me dis toujours qu'on peut s'en sortir sans médication.*
- *J'avais énormément de préjugés, je ne voulais rien savoir.*
- *Il faut guérir la cause plutôt que mettre du bandage avec le Paxil.*
- *J'ai horreur de prendre des médicaments.*
- *J'ai toujours eu l'impression très négative des antidépresseurs.*
- *J'hais ça prendre des médicaments.*
- *Au début, moi, je voulais vraiment pas du tout en prendre. J'étais sûre sûre.*
- *Je ne suis pas une fille à pilules.*
- *J'avais du mal à accepter de prendre des pilules.*
- *Je déteste les gens qui prennent toujours des pilules.*
- *J'avais toujours été contre la médication.*
- *Merde, ah non, pas des médicaments.*
- *Je ne voulais pas prendre de médicaments, j'essayais toutes sortes d'affaires.*

Même si la littérature scientifique montre clairement que le traitement institutionnalisé des troubles dépressifs est, depuis environ deux décennies, l'antidépresseur⁹ ; même si les très nombreux reportages journalistiques et la publicité dans les revues médicales soulignent l'efficacité et le peu d'effets secondaires de cette molécule chimique, notamment les ISRS et ISRN, la perception globale

des antidépresseurs continue tout de même d'être suspecte et la décision personnelle d'en avoir recours pour soigner une dépression diagnostiquée par un médecin est loin d'être facile à prendre, encore moins automatique. Les rationalisations, les argumentations, les explications des réticences, résistances et refus initiaux relèvent de plusieurs ordres différents mais qu'on pourrait résumer à cinq.

L'INADÉQUATION ONTOLOGIQUE DE LA RÉPONSE CHIMIQUE

On le sait, l'antidépresseur est une molécule chimique de synthèse qu'une personne/organisme ingère par voie orale. Elle est un corps à la fois « étranger » (Namian, 2007), car elle s'incorpore à l'individu (organisme/personne) de l'« extérieur », et « étrange », parce qu'elle n'est pas faite, pour ainsi dire, de la même « matière » que l'individu (organisme/personne). Ni humain, ni mental, ni social, ni comportemental, l'antidépresseur est un artefact plus ou moins « contre nature » que l'on incorpore à « soi ». Pour certains, ce sont en premier lieu les dimensions chimiques et coercitives qui dérangent (« camisolé de force chimique », « patch chimique ») par rapport à d'autres réponses considérées plus « naturelles » et moins contraignantes (massages, exercice physique, alimentation, plantes médicinales, etc.). Pour d'autres, plus nombreux, il s'agit d'une incompatibilité presque radicale avec l'humain : le fondement du problème codé comme médical (la dépression diagnostiquée par un médecin) serait en fait le résultat d'une période difficile de la vie à traverser, d'une expérience éprouvante ou douloureuse, des dimensions problématiques de la propre personnalité qu'il est devenu nécessaire de changer, et dont la vie elle-même et la volonté propre devraient, en définitive, fournir les clés et les ressources humaines, relationnelles et sociales nécessaires.

- *Si on veut parler de l'être humain au sens noble du terme, ce n'est pas des médicaments qui vont régler un problème de comportement, finalement.*
- *Je vais m'en sortir toute seule. Si je ne vais pas bien, ça va passer. Je vais prendre des décisions dans ma vie, puis je vais me reposer, pis ça va aller. Je n'ai pas besoin d'aller voir un médecin.*
- *J'étais convaincue que la dépression, on avait juste à se botter le derrière et ça se soignait ou qu'on allait faire une thérapie, que le temps guérissait ça.*
- *Je trouve que c'est facile de prescrire des médicaments quand finalement il y a beaucoup de monde qui savent que la façon la plus facile de sortir d'une dépression c'est en vivant.*

LE STATUT SUSPECT
DE L'ANTIDÉPRESSEUR :
DROGUE OU MÉDICAMENT ?

La question portant sur le statut thérapeutique ou dopant des antidépresseurs est aussi vieille que le plus vieux des médicaments psychotropes, voire que toute substance psychoactive naturelle ou synthétisée. Ce ne sont pas les caractéristiques intrinsèques de la substance (chimiques, synthétiques, naturelles, etc.) qui déterminent son statut de drogue ou de médicament, mais le contexte social et culturel dans lequel elle s'inscrit ou émerge (but dans lequel elle a été créée, discours sociaux ou scientifiques à son égard, législation, etc.), les usages concrets (thérapeutique, récréation, amélioration des performances, etc.), les caractéristiques des usagers (âge, groupes sociaux, communautés ethnoculturelles, etc.). Parfois, c'est plutôt la crainte de perdre le contrôle de soi, voire de devenir quelqu'un d'autre (« autre que soi »), à cause des effets sur la personnalité de l'antidépresseur qui semble poser problème.

- *On entend souvent dire que les médicaments changent un peu les gens, leur attitude. Et là j'avais peur de plus me reconnaître en prenant des médicaments. J'avais peur de perdre le contrôle, de devenir quelqu'un d'autre en fait. Et je voulais vraiment garder le contrôle sur ce qui se passait.*

Toutefois, la dimension qui rapproche le plus la drogue et le médicament demeure la question classique de l'éventuelle dépendance à la substance qu'on consomme.

- *On devient dépendant des médicaments. Quand le médecin m'a proposé ça, j'avais une appréhension, mon feeling c'était : je ne veux pas en prendre. Parce que je me disais, est-ce que ça cause de la dépendance ?*
- *Ça me désole, ça ne me valorise pas dans ma propre estime, ça ne me remonte pas du tout le fait d'être accro à quelque chose.*
- *Je ne voulais pas créer une dépendance, parce que tout ce que j'avais entendu, c'était une dépendance aux antidépresseurs : quand tu commences à prendre ça tu ne peux plus t'arrêter parce que tu retombes dans ton état. Pour moi, il n'est pas question d'être dépendant d'une pilule.*
- *Il fallait y aller tranquillement pas vite, pas exagérer les doses, je ne voulais pas être dépendante de ça.*

L'identification catégorique avec les drogues illicites est rare, mais elle existe :

- *Dans le fond, c'est comme changer de pusher ! Au lieu d'avoir le dealer, maintenant, j'ai le pharmacien*

et le docteur. Je me sentais comme une junkie qu'il fallait qui augmente la dose tout le temps pour que ça fasse plus effet. Je ne veux pas être associée à une junkie.

LES ÉVENTUELS EFFETS DOMMAGEABLES
SUR LE CERVEAU

Bien que les premiers antidépresseurs datent des années 1950, ce sont les nouvelles générations de molécules (ISRS et ISRN) prescrites massivement depuis moins de vingt ans qui suscitent parfois la méfiance quant aux possibles effets dommageables à long terme, notamment au niveau du cerveau où elles sont censées agir. Il est quand même curieux que la crainte des effets secondaires autres (augmentation de poids, tremblements, sécheresse de la bouche, diminution de la libido, etc.) n'apparaisse significative qu'une fois la consommation des antidépresseurs entamée.

- *Je ne prends pas de drogue parce que justement je ne veux pas abîmer mon cerveau, puis je suis obligé d'en prendre. Il faut que je fasse confiance aux compagnies pharmaceutiques ?*
- *De toute façon, je ne sais pas c'est quoi les effets à long terme. Ça ne fait pas assez longtemps que ça existe pour avoir les données là-dessus. Ça va être moi qui vais faire la donnée là-dessus.*
- *Je n'aimais pas ça parce que je savais que ça rentrait dans mon cerveau et que ça faisait de quoi.*
- *Mais ça reste que c'est un produit chimique, et ça ne me plaît pas de mettre ça dans mon corps, puis surtout que ça agit au niveau du cerveau. Ça m'insécurisait aussi, tout d'un coup que j'ai des lésions, qu'il me reste de quoi à long terme, qu'est-ce que ça fait dans le cerveau ?*

LE STIGMATE ASSOCIÉ À LA PRISE
D'UN MÉDICAMENT PSYCHIATRIQUE

Même si les antidépresseurs sont prescrits davantage par des médecins généralistes, le stigmate associé à la prise d'un médicament psychiatrique joue un rôle certain dans les réticences initiales. C'est la confirmation qu'on a un problème de santé mentale qu'il faudra tôt ou tard expliquer d'une manière ou d'une autre aux autres (famille, amis, travail, etc.) et à soi-même.

- *C'est comme subir des pressions, des préjugés du monde aussi. Il y a en a qui vont penser que t'es fou, carrément.*
- *Pour moi, c'est comme si y venaient de me cataloguer d'incurable ou d'un truc de même, cas perdu, cas désespéré.*
- *Une fois que j'ai dû aller à l'hôpital et ils te demandent si tu prends*

un médicament sur une base régulière, que je suis obligée de dire que je prends Zoloft, je ne suis pas confortable pourtant, ça ne devrait pas, je travaille en milieu hospitalier, je le sais, qui il y a plein de monde qui en prennent.

- *J'aurais tout le temps eu ça en tête de prendre les pilules, de prendre à tous les matins, je me lève, je prends, je consomme des médicaments, je me serais vraiment senti entre guillemets anormal.*

De manière moins dramatique, la prise d'antidépresseurs renvoie parfois aux individus une image de soi dévaluée, teintée par la faiblesse morale, l'incapacité de se prendre en main de manière autonome, de ne pas être à la hauteur de ses problèmes. Bref, la contre-figure de l'image performante, adaptative, autonome et autosuffisante qui caractérise l'idéal de l'individualité de masse contemporaine.

- *Un peu comme une faiblesse, une honte de prendre des antidépresseurs.*
- *Si j'apprends que quelqu'un prend des antidépresseurs, je ne porte pas de jugement, ça ne me dérange pas. Pour les autres, ce n'est pas grave. Mais, pour moi, je ne l'acceptais pas que je sois obligée de prendre des antidépresseurs. C'était vraiment comme une honte.*
- *J'ai une estime de ma personne moins positive, moins reluisante.*

LE SPECTRE DE LA SOCIÉTÉ
SOUS INFLUENCE

Dans une moindre mesure, la réflexion porte sur la signification de la prise massive des antidépresseurs en termes collectifs, sociaux et politiques. Solution chimique expéditive pour gérer les tensions sociales, procédé déresponsabilisant et démobilisant, dispositif de contrôle et de standardisation de comportements, le phénomène de la consommation massive des antidépresseurs suscite parfois la suspicion politique.

- *Au Québec, quelqu'un est fou et au lieu d'écouter ce que la personne a à dire, on va lui donner des antidépresseurs, on donne ça à tout le monde pour que tout le monde soit homogène, qu'il y ait pas de soulèvements, que tout le monde pense pareil. Donc, les gens sont plus facilement contrôlables aussi.*
- *C'est comme un phénomène. Il y a des pilules pour tout. C'est comme le bonbon miracle.*
- *C'est facile disons du côté médicament de dévier, d'abdiquer sa responsabilité personnelle.*
- *Dans le médicament, c'est presque automatique, qu'on ne s'est pas pris en charge. Sauf quelques exceptions. Mais en général, je dirais la majorité*

des gens médicamentés pourraient ne pas l'être. Ils auraient intérêt à ne pas l'être et agir par leurs ressources intérieures.

Comment se fait-il alors qu'après les réticences initiales catégoriques, qu'après les craintes spontanées et les argumentations pour s'y opposer, toutes ces personnes finiront invariablement par se plier au traitement psychopharmacologique ? Quels sont les contre-arguments dissuasifs ? Le principal contre-argument n'a rien de rhétorique, il est un fait. Car ce qui vient à bout, plus ou moins rapidement, des réticences initiales est tout simplement la persistance des symptômes souvent très handicapants (manque d'énergie, fatigue, souffrance morale, idées suicidaires, etc.) et l'urgence d'agir sur eux peu importe la voie choisie. Mais les arguments ou les justifications tentant d'expliquer la transition, voire le volte-face, ne manquent pas. La résignation plus ou moins explicite est la principale justification pour accepter de commencer, enfin, le traitement psychopharmacologique :

- *Ce serait le fun que je n'aie pas besoin de médicaments pour fonctionner. Garder une autonomie totale si on veut. Ça n'a pas marché.*
- *J'étais rendue probablement à un point où j'avais besoin de médicaments, mais j'aurais aimé ça m'en sortir sans.*
- *Il n'existe pas de ressource dans la société pour sortir de la dépression autrement que par les médicaments.*
- *Je suis tellement au bout de la ligne que je vais accepter pareil de prendre ça.*

La banalisation est également une justification fréquente qui n'est pas très éloignée, dans un certain sens, de la résignation :

- *Ce n'était pas si pire que ça, prendre une pilule par jour.*
- *Que ça prend ça pour que je me sente bien, pourquoi pas ?*
- *C'est quelque chose de nouveau que je n'ai pas essayé fait que je n'ai rien à perdre !*
- *Je suis moi-même, je ne trouve pas que je suis différente, ça ne change pas grand-chose à ma vie.*

Le caractère éventuellement temporaire du traitement contribue également à dédramatiser la prise d'antidépresseurs et à l'envisager comme un outil de transition qu'on finira par abandonner.

- *Je gardais tout le temps en tête, que c'était juste pour un moment.*
- *Je sais que je ne prendrai pas ça toute ma vie.*
- *Ce n'est pas à vie. T'en prends pour une période.*
- *Mais moi c'est clair c'est juste pour le temps que j'aille mieux et après ça s'arrête là.*

La codification de la dépression comme maladie appartenant entièrement à la sphère médicale (au même titre que les autres maladies soignées régulièrement par des traitements médicamenteux) semble être un argument efficace, et souvent illustré par les médecins traitants avec l'exemple du diabète. Encore une fois, il s'agit d'un très vieux débat qui est encore d'actualité : la maladie mentale est-elle vraiment une maladie comme les autres¹⁰ ?

- *Il y a des personnes qui sont diabétiques ou dont la glande thyroïde ne fonctionne pas bien et qui sont obligés de prendre des médicaments, mais moi, c'est au niveau des neurotransmetteurs et de la sérotonine et tout ça.*
- *Regarde, si tu étais diabétique, tu n'aurais pas le choix. C'est un peu la même chose : il y a quelque chose, un court-circuit quelconque. Il faut faire avec ça.*
- *Refuser le traitement, c'est comme dire ne fait pas de chimiothérapie [à propos d'un cancer], ce n'est pas bon pour la santé. Oui, tu sais, pas le choix.*
- *La médecin m'a fait aussi un lien, quand tu es malade du foie, tu prends un médicament pour le foie. Bien, là tu as un déséquilibre, tu vas te rééquilibrer un peu. Le médicament est là, pourquoi pas le prendre ?*

Un autre argument de justification est de reconnaître, tout simplement, que l'image qu'on avait des antidépresseurs au départ faisait preuve de préjugés et que ses effets thérapeutiques peuvent être en réalité aidants :

- *J'avais un préjugé.*
- *J'ai vu que ça aidait.*
- *Mettons que je relativise ça et j'essaie d'être plus souple, je l'ai vu sur certaines personnes que ça avait un impact quand même constructif.*
- *Ça devenait un peu comme une évidence que ça prenait peut-être autre chose, un médicament, pour me donner disons un boost l'énergie qu'y faut pour m'en sortir, qu'après ça, les choses se replacent.*

Dans une moindre mesure, ce sera l'opinion des autres (« *En fin de compte, il m'a convaincue mon mari, c'est sûr que quand tu fees pas, ça a des répercussions à la maison* »), de soi-même (« *c'est moi qui ai décidé* »), l'inefficacité d'autres moyens thérapeutiques plus « humains » et « naturels » (« *les herbes, ce n'est pas assez fort* », « *le massage, mon corps était plus détendu mais ma tête n'était pas guérie* »), ou encore les assurances (« *ce qui m'a convaincue, c'est probablement les assurances* ») qui lèveront les principaux

obstacles et permettront d'entamer, pour le meilleur et pour le pire, le traitement psychopharmacologique.

FIGURES DE L'EFFICACITÉ

La question de l'efficacité des médicaments psychotropes, notamment celle des nouvelles générations d'antidépresseurs, est un lieu de débats inépuisables où les intérêts socioprofessionnels (psychiatres, psychologues, généralistes, travailleurs sociaux, etc.), commerciaux (compagnies pharmaceutiques, gouvernements), sanitaires (agences gouvernementales) et scientifiques (chercheurs de plusieurs disciplines) sont parfois imbriqués de manière directe (études commandées, financées en partie ou entièrement, par des parties intéressées) ou indirecte (groupes de pression, publication partielle des données de recherche). Ce terrain miné renferme un enjeu vital pour le prestige, voire pour la survie de certaines professions qui s'appuient respectivement sur la preuve faite tantôt de l'efficacité, tantôt de l'inefficacité des antidépresseurs, aussi bien que pour la cotation en Bourse des compagnies pharmaceutiques dépendantes de ce qu'on a nommé des *blockbusters* (Prozac, Paxil, Effexor, etc.), c'est-à-dire ces produits vedettes et véritables locomotives de l'industrie.

Sous un autre angle, plus discret et privé, il s'agit également d'un univers intime où l'individu (à la fois intériorité et organisme, esprit et corps, etc.) et la molécule (à la fois technologie et thérapeutique) établissent un rapport complexe, intense et, la plupart du temps, solitaire. Complexe parce qu'il s'agit de rejouer encore une fois la *disputatio* anthropologique classique de l'interface corps-esprit (monisme, dualisme, etc.) dans un nouveau contexte et sur de nouveaux problèmes. Intense parce qu'il s'agit d'émotions, de souffrance, de dysfonctionnement psychique ou psychique et même, tout simplement, de survie. Solitaire parce que le seul médiateur de ce rapport est souvent le médecin généraliste, ou encore le psychiatre, qui décide de deux paramètres somme toute techniques : le type d'antidépresseur à prescrire et la dose adéquate. En cours de traitement, le type de molécule peut être substitué par un autre, tandis que la dose fait presque toujours l'objet d'ajustement et de négociation. Le travail sur l'intériorité, les comportements, les émotions de la personne sous traitement se résume souvent à l'interprétation, tantôt singulière et impressionniste, tantôt fortement codifiée et technique, des effets ressentis de la molécule sur l'organisme (siège imaginé de l'énergie et de l'action) et

sur l'esprit (siège imaginé de l'humeur, des émotions, des motivations, des sentiments, etc.). Cela revient à faire l'expérience de soi-même, ou encore sur soi-même, par l'entremise d'une substance psychoactive, que ce soit une drogue ou un médicament.

On est dans le monde des Effexor, des Paxil et des Celexa et, dans une moindre mesure, du Zoloft et des génériques du Prozac et, encore plus rarement, des anciens tricycliques. Les trajectoires thérapeutiques sont caractérisées soit par des tentatives de reprise de la vie courante et de remises en question importantes du mode de vie, soit encore par l'acceptation d'une fragilité désormais vécue comme chronique ou tout simplement de pénible survivance. Sept thèmes sont essentiels pour aborder la signification de ce qu'on entend par le terme efficacité: le caractère spécifique de la molécule, les premiers effets ressentis, la régulation du dosage, la représentation de l'action de la molécule, l'enjeu du fonctionnement normal, l'effet sur l'énergie et sur l'humeur.

DÉPRESSION OU ANXIODÉPRESSION ?

Le premier élément qui retient l'attention dans l'ensemble des expériences étudiées est le fait que bien des personnes ayant reçu un diagnostic de dépression majeure sont satisfaits, aux premiers abords, des effets des antidépresseurs sur l'anxiété ou, encore, sur certaines obsessions, phobies, problèmes d'attention, hyperactivité, etc., qui semblent être aussi dérangeants que les troubles proprement dépressifs. Cela va non seulement dans le sens de l'utilisation de plus en plus importante des antidépresseurs pour traiter des troubles anxieux, mais également des débats concernant la véritable nature thérapeutique de la nouvelle génération d'antidépresseurs, notamment du Paxil, que l'on soupçonnait d'être une molécule qui s'attaquait aux tableaux anxiodépressifs. Il est donc question, au fond, des limites ontologiques entre les registres de la dépression et de l'anxiété contemporaines: est-il possible aujourd'hui de les distinguer complètement? D'un autre côté, il est question aussi de la pertinence de l'appellation, de moins en moins contrôlée, « antidépresseur » pour des molécules dont l'action ne semble plus « spécifique ».

- *Ce qui est arrivé, c'est que les troubles anxieux ont disparu. Alors c'est là que j'ai compris que j'avais des troubles anxieux.*
- *Ça m'a donné un break que je n'avais jamais eu de ma vie. Je n'avais pas d'anxiété du tout. Quelque part, c'était fantastique.*

- *J'avais beaucoup plus de concentration, je n'avais plus d'anxiété du tout.*
- *Depuis que je prends le médicament, je suis moins anxieuse. Moins d'anxiété, moins de peur.*

Les obsessions, les problèmes d'attention, d'hyperactivité, de panique semblent souvent s'atténuer ou disparaître sous les effets des antidépresseurs.

- *J'avais beaucoup d'acné et je m'en faisais beaucoup avec ça. Puis j'étais très complexée et je pensais juste à ça, c'était une obsession. Je crois que Paxil m'a aidée un peu pour ça.*
- *La sorte d'antidépresseurs qu'elle m'a donnés, c'était pour essayer de me calmer. Il y en a qui contrairement à moi vont rester couchés, moi, c'était le contraire, j'étais hyperactive.*
- *Il n'y avait plus d'attaque de panique, il n'y avait plus une crise d'angoisse.*
- *La médecin disait que les antidépresseurs pouvaient aussi aider au trouble d'attention. Elle ne me le donnait pas nécessairement pour la dépression.*

LES DÉBUTS D'UNE EXPÉRIENCE

Les premiers effets ressentis, et le temps que cela a pris pour les ressentir, sont essentiels à plusieurs égards et cela peut s'avérer décisif tant pour la poursuite du traitement (premiers effets rapides, agréables, encourageants, etc.) que pour son interruption (premiers effets tardent à venir, difficiles à identifier, désagréables, etc.), car ils peuvent soit attester les vertus thérapeutiques souhaitées, soit sanctionner les craintes et les réticences que l'on avait avant le début du traitement. Dans la majorité des cas, les effets se font sentir après quelques semaines et de manière graduelle.

- *Tu le sens tranquillement. Tu le sens parce que ton énergie revient. Puis tu as le goût de faire les choses. Quand le goût de faire quelque chose revient, c'est parce que là, les antidépresseurs sont embarqués. Quand t'as le goût de te lever le matin, c'était déjà un commencement de la guérison.*
- *Je me souviens, j'étais au collège et je parlais à quelqu'un de la direction des études, puis j'ai réalisé soudainement que je n'étais pas du tout mal à l'aise de lui parler. C'est là que j'ai su que les antidépresseurs embarquaient.*
- *Les effets positifs, ça prend quand même un certain temps, mais un matin tu te lèves et tu as l'impression que le plafond est moins bas.*
- *Tous les symptômes diminuent tranquillement. Je me souviens une fois, c'était comme j'ai eu envie de faire à souper. Que tu fais*

une journée complète et tu n'es pas complètement morte. Ou te lèves le matin et ce n'est plus une catastrophe d'aller travailler. Des petites choses comme ça.

Quelquefois, il semble difficile de discerner clairement les effets de l'antidépresseur, et ce, même s'il y a des effets.

- *C'est très graduel. Premièrement, ça prend trois quatre semaines avant que ça fasse supposément effet. Puis deuxièmement, c'est dur à remarquer la différence que ça fait parce que c'est tellement graduel. Puis j'ai de la misère même à savoir si ça fait vraiment une différence.*
- *Parfois, ce n'est pas très clair le moment où les effets de l'antidépresseur se manifestent, et même, ce n'est très clair s'il y a vraiment des effets. Ce n'est jamais clair quand est-ce que ça commence à faire vraiment l'effet que c'est supposé faire.*
- *C'est dur à savoir l'effet d'un antidépresseur. Ce n'est pas évident, je ne sais pas, c'est dur à dire.*
- *Quand la médication a commencé à faire effet vraiment ça va mieux. Est-ce que c'est les médicaments? Est-ce que c'est moi? Je ne sais pas trop.*

Plus rarement, l'effet est clair, massif, net, presque miraculeux.

- *La première fois que j'ai pris des antidépresseurs, ça me faisait l'impression comme si j'avais fumé un joint de pot. Je voyais comme la vie en rose mais j'avais l'impression que c'était comme une espèce de stade artificiel.*
- *Donc là je suis embarqué sur l'antidépresseur, le Paxil. Et en dedans de deux semaines, tout a complètement changé. Je n'avais plus de sentiment de vide psychologique, plus de sentiment de dépersonnalisation. En fait, je me sentais revivre.*
- *Ça n'a pas de bon sens, écoute, j'en prends depuis cinq jours, je suis dans une forme extraordinaire, mon moral est revenu, j'ai arrêté de pleurer, je dors bien la nuit, c'est comme du jour au lendemain.*
- *J'ai le goût, j'ai plein de projets, encore là, on est embarqués dans un nouveau projet.*

TROP C'EST COMME PAS ASSEZ : LA QUESTION DU DOSAGE

La régulation du dosage occupe une place très importante dans les récits des expériences sur l'efficacité des antidépresseurs. Elle fait parfois l'objet de négociations et de résistances. Il s'agit d'un continuum, allant de 10 mg à 250 mg dans nos entrevues, qui est un révélateur de la gravité croissante des symptômes et de leur

résistance au traitement chimique. Parfois, les ajustements se déroulent harmonieusement et plus ou moins rapidement. D'autres fois l'ajustement est laborieux, il se fait dans l'inconfort, l'urgence, la crainte de rechute, le spectre de la chronicité et le désespoir.

- *On a augmenté la dose à 30 mg parce que un moment donné, c'est comme si ces sentiments-là sont revenus. C'est comme si la dose était pas assez forte. Aujourd'hui, j'ai même peur d'arrêter les antidépresseurs, parce que j'ai peur de revenir comme j'étais auparavant.*
- *La dose c'était 20 mg et un moment donné, le médecin l'a mise à 30. Ce n'est pas très haut 30 mg mais sauf que moi, c'était comme 60 mg parce que je me tenais plus debout. Je me tapais sur les nerfs moi-même, j'étais tellement énervée, c'était terrible. C'en était fatigant. Fait que moi, rapidement, moi j'ai voulu descendre ça. Ils m'ont descendu. Et là, j'étais bien, j'étais bien.*
- *Quand j'ai pris des Effexor je ne sais plus si c'était 37,5 mg. Et puis ça n'allait pas du tout, j'étais down. J'avais des pensées suicidaires, des idées d'automutilation aussi. Je suis montée à 75 mg par jour assez rapidement. Et encore là, ça n'allait pas. Je suis montée je pense 112,5 mg. En quatre mois, je suis montée jusqu'à 150 mg par jour. Et à 150 mg je suis restée pendant un an. Mais ça a vraiment pris cette dose-là pour que j'arrête les idées suicidaires et puis tranquillement pas vite aussi les idées d'automutilation ont commencé à être de moins en moins fréquentes. Puis je trouvais justement que ma pensée était beaucoup plus stable, mes émotions aussi.*
- *Je n'allais vraiment pas bien, j'ai recommencé à pleurer, je me sentais retourner vers le bas pis je n'aimais pas ça. Fait qu'il m'a commencée sur Effexor, 75, en plus de mes Paxil. Il a gardé mes Paxil à 40 pis il m'a commencé Effexor à 75 pis finalement il m'a augmentée à 150, pis finalement, j'ai augmenté à 225.*

DU CONFLIT INTRAPSYCHIQUE AU DÉSÉQUILIBRE NEUROCHIMIQUE

Comment se représente-t-on les mécanismes d'action des antidépresseurs sur l'individu? L'hypothèse du déséquilibre de l'économie de neurotransmetteurs, qui demeure encore au stade d'hypothèse, a une audience très importante par sa diffusion par les nombreux médias (journaux, magazines féminins, revues populaires de psychologie, sites Internet, émissions télévisuelles, etc.). C'est en quelque sorte la version officielle de ce qui se passe chez

l'individu, ou plutôt dans son cerveau, lorsqu'un épisode dépressif se manifeste (déséquilibre neurochimique) et lorsqu'il disparaît à l'aide des antidépresseurs (rééquilibrage neurochimique). Cette hypothèse, aujourd'hui incontournable, est aussi populaire et non vérifiée que celle du conflit intrapsychique pour expliquer les névroses freudiennes autrefois. Toutefois, malgré les craintes de nombreux sociologues et anthropologues gardiens du temple spiritualiste et du primat du symbolique, les usagers n'assimilent jamais l'esprit au corps, le moi au cerveau, le symbolique au neuronal. Le corps mental, aussi mental soit-il, demeure un corps. Et l'esprit, aussi immatériel qu'on voudra le concevoir, demeure le seul siège du moi, de la subjectivité, du symbolique. En effet,

- *La sérotonine est une glande qui passe tout à fait ici dans le cerveau. Tu as la sérotonine et la dopamine. C'est les deux choses qui règlent ton humeur. Moi, la sérotonine, il en produit pas assez! L'Effexor va faire en sorte qu'il ait une surdose de sérotonine pour que justement ça soit balancé.*
- *Ce que ça fait dans ma tête, dans mon corps, ça fait une surproduction de sérotonine. Puis mes neurotransmetteurs fonctionnent mieux. Mais je ne les sens pas, quand je prends ma pilule, je ne sens rien en dedans de moi. Puis ça agit tranquillement. Ça fait juste comme je dis faire ma sérotonine puis c'est tout.*
- *Les médicaments qu'on prend, qui agissent physiquement sur un organe qui est le cerveau. Il n'y a rien de magique là-dedans, rien de secret là. La question des médicaments, pour moi aujourd'hui, elle est réglée, comme quand je prends quelque chose pour mon diabète ou mon cholestérol. La partie physique ou la partie physiologique de ma dépression, elle est soignée, grâce à ces médicaments-là.*
- *Je suis pas mal plus convaincue qu'y a effectivement un effet physiologique, que ce soit la chimie, la sérotonine ou même des hormones à un certain niveau, des hormones, tout à fait. Il y avait vraiment une composante physiologique, mon corps avait vraiment besoin d'aider ma tête.*

Malgré le consensus somme toute assez classique que l'individu (le moi, la psyché, la personnalité, etc.) n'est pas son cerveau et qu'un cerveau observé en laboratoire ou dans un « bocal » n'est pas un individu, il reste que l'interface entre le cerveau sous influence (antidépresseurs) et les manifestations concrètes de cette influence (émotions, idées, humeurs, comportements,

etc.) est difficile à comprendre et encore plus à expliquer. Le besoin d'expliquer cette interface découle bien entendu de la partition initiale corps-esprit qui constitue une question disputée depuis toujours chez les philosophes, neuroscientifiques, ethnopsychiatres, psychanalystes, etc. Les usagers d'antidépresseurs ne trancheront donc pas de toute évidence la question à leur place. Toutefois, en admettant que c'est le cerveau qui est « sous influence », on peut relever et regrouper les manifestations concrètes de cette influence sur l'action de l'individu (corps et esprit). La réponse qui émerge des entrevues est triple : ils agissent sur les comportements dysfonctionnels (rétablissent le fonctionnement d'avant l'épisode dépressif), les émotions dérégulées (régulent l'humeur) et la fatigue ressentie (redonnent de l'énergie). Ces trois effets sur l'individu ne sont pas toujours faciles à dissocier car ils sont bien entendu interdépendants dans les processus concrets de rétablissement ou de chronicisation, mais ils sont clairement distingués lorsqu'il s'agit d'expliquer la façon dont l'antidépresseur modifie la vie des usagers.

FONCTIONNEMENT NORMAL RECHERCHE

Le rétablissement du fonctionnement d'avant l'épisode dépressif ou d'un fonctionnement minimal occupe la place la plus importante lorsqu'il s'agit de parler des effets concrets sur la vie des individus. La grande majorité de la population de gens déprimés consommateurs d'antidépresseurs est composée d'adultes actifs. Ils étudient, travaillent, ont une famille. Le souci de retrouver le plus vite possible un semblant de fonctionnement normal est un enjeu décisif pour les individus dont les trajectoires de vie, somme toute moyennes (au sens statistique du terme), courent le risque de glisser vers des formes de déclassement social desquelles il est alors difficile de se déprendre (isolement, chômage, perte de confiance en soi, détérioration des compétences sociales, intériorisation du regard stigmatisant des autres, aggravation des problèmes de santé mentale, etc.). On ne parle pas ici d'un plan de carrière, mais plutôt du maintien de la capacité moyenne à mobiliser les ressources intérieures, relationnelles et matérielles qui permettent à l'individu d'évoluer tant bien que mal dans le contexte d'une société libérale où l'autonomie et la capacité d'adaptation demeurent des propriétés cardinales de l'individualité. La persistance des symptômes handicapants se traduit dans la plupart des cas par un arrêt de travail et/ou des études, et la mise à l'épreuve de l'entourage et des réseaux de l'individu.

Plus les symptômes persistent (manque d'énergie, tristesse, manque de volonté, sommeil altéré, etc.), plus le doute s'installe à la fois chez soi et chez les autres (famille, amis, milieu de travail) et plus la pente sera longue à remonter. Ce processus emprunte le plus souvent trois cas de figures : l'« épisode dépressif » tel que le veut l'expression consacrée en psychiatrie, la fragilisation de soi et de la position sociale occupée jusqu'alors et, enfin, la descente aux enfers.

Les expressions « avoir une vie normale », « fonctionner normalement », « faire face à la vie », « s'occuper de ses problèmes », « redevenir quelqu'un de normal », apparaissent très fréquemment dans les entretiens pour décrire l'effet principal de l'antidépresseur.

- *Je suis capable d'avoir une vie normale. Je suis capable d'aller à mes rendez-vous. Je suis capable d'entrer en contact avec des gens.*
- *Ça me permet de faire face à la vie, à mes problèmes, à tout et à fonctionner. Ça me permet d'être stable, d'avoir une humeur de quelqu'un de normal finalement.*
- *Je fonctionne très bien, j'ai des projets.*
- *Avant je fonctionnais à 10%. Je me levais du lit et aller au dépanneur, c'était surhumain carrément. Là, je peux fonctionner à 70%.*

Toutefois, cela ne signifie en aucun cas que les personnes ayant recours aux antidépresseurs pensent qu'une molécule chimique soit capable de régler leurs problèmes, voire leur vie. Elles ne sont pas dupes, ni encore moins aliénées. Elles ont simplement recours aux moyens disponibles sous l'emprise de nombreuses contraintes pratiques de vie réelle, plutôt qu'idéologiques.

- *C'est un fait que les antidépresseurs, ça fonctionne, ça enlève des symptômes. D'après moi, ça ne guérit pas du tout du tout la raison pour lesquelles quelqu'un va faire une dépression.*
- *Tu coupes le symptôme, tu n'as pas traité ce qui fait que t'as un symptôme. C'est ça que les antidépresseurs font. On n'a pas réglé le problème.*
- *Je prends des médicaments, je n'ai pas arrêté de travailler parce qu'il faut que je sois capable de passer par-dessus ça.*
- *Oui, j'ai besoin d'une béquille, ça presse. Parce que j'avais une belle job, avec un bon salaire, puis je me disais, il faut que je me laisse une chance.*

Lorsque les symptômes sont fortement handicapants, occupent toute la place, grugent toute l'énergie, voire quand la vie même est menacée, le fait de sortir de

l'« état végétatif » comme plusieurs le signifient, est tout simplement la seule façon de revenir « chez les vivants », ou encore de ressembler à « quelque chose de plus humain ». On est ici dans un régime de survie, dans le drame.

- *Ça te permet de quand même vivre tes émotions et de garder la tête en dehors de l'eau au lieu de sombrer complètement dans l'eau, de ne plus voir l'issue, d'avoir des idées noires, des tentatives de suicide.*
- *Les médicaments m'ont peut-être aidée à survivre à travers cette période-là, parce que même mon corps ne fonctionnait plus, je ne mangeais pas puis je n'avais pas faim.*
- *Ils ne vont juste pas plus loin que le contrôle de mes symptômes suicidaires. Le reste, c'est du travail personnel, ça a été comme si on m'aurait offert 1 G\$ parce que, moi, c'est tout ce que je voulais ; contrôler mes idées suicidaires pour moi, c'était plus important que respirer.*
- *Donc, selon mon expérience, mon retour à un certain bien-être, à ressortir si vous voulez de cet état végétatif pour arriver à quelque chose de plus humain, de plus vivable.*
- *Je vais sortir, je vais aller voir des amis, je vais recevoir des gens, je vais aller au cinéma, je vais me changer les idées, je vais lire un livre. Quand t'es dans un état végétatif, ces choses-là, ça n'existe plus. Ça ne veut plus rien dire, ça ne t'intéresse plus, t'es complètement coupé de ça. Ça aide les gens à se sortir de cet état végétatif, pour arriver à un point où peut-être, quand tu seras revenu un peu plus parmi les vivants.*

RETROUVER L'ÉNERGIE

Fonctionner, en mode normal ou en mode survie, ne veut pas dire performer, mais plus modestement « rétablir l'action » à des degrés différents (moyen, minimal). Plusieurs chercheurs ont étudié cette « capacité » attribuée à certains psychotropes de « relancer l'action » de la personne dépressive assommée par un état de « ralentissement psychomoteur ». La dépression contemporaine n'est plus, ou n'est plus seulement, la tristesse mélancolique, l'humeur triste, le blues, mais plutôt la panne de l'action, l'épuisement énergétique, la fatigue handicapante. Les vertus énergisantes des nouvelles générations d'antidépresseurs sont souvent mises de l'avant dans les entretiens.

- *Je dirais que la première chose sur laquelle ça agissait, c'est l'énergie.*
- *L'énergie, je pouvais faire tout ce que je voulais, mes journées de travail, plus les activités.*

- *Moi, je dirais que, sans analyser, c'est sur l'énergie. C'est surtout le fait que l'énergie revient.*
- *Vraiment, ça m'a donné de l'énergie. Avant, c'était toujours un effort de faire quelque chose.*
- *Ils agissent aussi sur l'énergie. Quand tu es constamment en train de te remonter et de te recrinquer pour être capable de fonctionner à la fin de la journée, tu es mort. Tu es complètement mort. Donc, le fait de ne plus avoir à être une batterie qui s'autorecharge constamment, il te reste de l'énergie donc. Donc, moi, l'antidépresseur me donne plus d'énergie.*

RÉGLER ET DÉRÉGLER L'HUMEUR ET LES ÉMOTIONS

Si les limites entre l'humeur (en général, humeur triste) et les émotions (tristesse, colère, nervosité, etc.) ne sont pas claires, il est évident que l'une ou l'autre, voire les deux, sont problématiques chez le déprimé, car elles sont ressenties comme perturbées, dérégées, démesurées, inhibées, etc. Par l'effet de la molécule, elles seront rééquilibrées, régulées, neutralisées, amorties, triées, tempérées, ramenées au « milieu », maîtrisées, « gelées », etc.

- *Ce que je me rappelle, c'est que ça a stabilisé mon humeur.*
- *Au début, je pensais que ça gelait mes émotions et que je n'aurais plus d'émotions. Mais avec le temps, je me suis rendu compte que non, ça ne les gèle pas. Au contraire, je suis capable de les vivre. Donc, antidépresseurs, ce qu'il fait sur moi, c'est qu'y fait juste tempérer. Il me garde au milieu, au lieu de m'envoyer aux extrêmes comme j'étais auparavant. Ce qui me permet justement de mieux reconnaître les émotions que j'ai, de mieux les comprendre puis de fonctionner, surtout de fonctionner.*
- *Sur le neutre, pas de pensée. Tu es passif complètement, aucune conversation.*
- *Je ne dirais pas que tu n'as pas d'émotions, t'en as plein d'émotions. Mais sont un petit peu gelées.*
- *Je suis moins braillarde. Je n'ai pas les bons mots pour te l'exprimer. Sans médicament quand l'émotion embarque je ne me contrôle plus. Puis, je mélange ma compréhension, je vais le mélanger à l'émotion que j'ai eue avec mon père, avec une amie. Et je vais pouvoir mieux décortiquer l'émotion qui me monte.*

Les effets sur les émotions peuvent être davantage marqués, voire spectaculaires. Parfois, c'est la sensation de se tenir « à distance » de ses problèmes, ou bien de se détacher de la réalité qui prend le dessus.

- *Ça fait des années que je ne me suis pas sentie comme ça. Ça va bien, je me sens super bien.*
- *Au bout de mes deux ans, j'avais fait vraiment une remontée extraordinaire. Je suis trop bien comme je suis maintenant.*
- *Ce n'est pas normal que tu te sentes aussi bien tout d'un coup. C'est ça, il n'y a pas tellement longtemps je me sentais super mal puis là, je me sens super bien et je me sens comme détachée de tout.*
- *Ça amène aussi comme une espèce d'effet de détachement par rapport à tes problèmes. Tu le sais que t'as des problèmes mais comme tout d'un coup, on dirait que t'es capable de mettre une barrière entre toi et tes problèmes.*

Dans d'autres cas, les effets sur les émotions semblent insatisfaisants, excessifs et désagréables. Ce qui montre que parfois être « plus que bien », « trop bien », ou encore « mieux que bien », peut aussi être inconfortable et suspect.

- *Mais là le médicament lui a fait effet d'une manière exagérée pour moi. Donc je me suis retrouvée à être complètement survoltée, expansive, une personnalité qui ne me ressemble pas. Crier très fort, se mettre à parler à tout le monde, des comportements anormaux, des affaires qui n'ont pas de bon sens.*
- *Ça me dérangeait plus d'avoir cet effet euphorisant là parce que d'un autre côté, je trouve que ça ne colle pas à la réalité. J'aime mieux me sentir vraiment plus terre à terre et non pas comme avoir la tête dans les nuages. Je veux vraiment me sentir plus « groundée » et plus réaliste.*
- *J'ai l'impression que ça stoppe pas mal les préoccupations. Tout ce qui préoccupe autre chose que la survie de la personne, de la famille, tout ce qui est superflu. Mais j'ai l'impression aussi que finalement, en augmentant les doses puis en étant en latence là-dedans, ça nous prive aussi de certaines émotions que des fois on aimerait ça avoir.*

EFFETS SECONDAIRES OU SYMPTÔMES PRIMAIRES ?

On le sait, le trouble dépressif se définit par un ensemble cliniquement significatif de symptômes, appelé syndrome, à l'aide duquel le médecin généraliste ou le psychiatre traduit en langage psychiatrique la plainte brute du patient. Or, ce que les interviewés identifient comme « effets secondaires » se confond de façon significative avec les symptômes censés être combattus par la molécule, à savoir

les troubles de l'humeur, du sommeil, de l'appétit, fatigue, etc. Faisons l'exercice naïf de rapprochement approximatif des effets secondaires avec certains critères diagnostiques standardisés du DSM-IV¹¹ (critères 1, 2, 3, 4, 6 et 8) pour l'« Épisode dépressif majeur ».

CRITÈRE 1 : Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

- *Je ne peux pas croire que ça fait six, sept ans que je suis sur le Paxil, alors que je me sens plus déprimée qu'avant, ça n'aide vraiment pas dans mon cas parce que moi ça me déprime encore plus.*
- *Ça fait pour trois mois, quatre mois, six mois, un an. Après ça, l'effet paradoxal. Toujours, toujours, toujours, ça fait l'effet contraire de ce que c'est supposé faire. C'est qu'au lieu d'empêcher la dépression, ça nous met en dépression.*

CRITÈRE 2 : Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.

- *Un antidépresseur, je ne vous le cacherais pas, ça a d'autres effets secondaires au niveau de la libido, en tout cas moi ça me jette à terre. C'est à zéro.*
- *Ma libido, plus rien. Plus capable d'avoir quasiment de relations, ça fonctionnait plus.*

CRITÈRE 3 : Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime.

- *L'effet secondaire que ça me fait, c'est que j'engraisse, je n'ai pas changé mes habitudes alimentaires, de vie d'hygiène, je fais exactement la même chose, mais je prends une pilule à chaque jour.*
- *Au bout de deux ans, ce médicament m'a rendue anorexique, vraiment anorexique.*

CRITÈRE 4 : Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

- *Quand je les prends le soir, ça m'empêche de dormir. Quand je les prends le matin, je m'endors. Avant j'étais capable de trouver l'heure qui me faisait. Là je suis plus capable, il n'y a plus une heure qui me convient.*
- *Je dors beaucoup, j'ai toujours été quelqu'un qui aimait dormir, mais là je dors un minimum de 12 heures à toutes les nuits.*

CRITÈRE 6 : Fatigue ou perte d'énergie à tous les jours.

- *Avec le Paxil, c'est sûr que je suis fatiguée aussi. C'est difficile pour moi d'expliquer au médecin, c'est le Paxil qui me gaze.*

- *L'autre chose qui n'aide vraiment pas, par contre, c'est justement pour la fatigue. Puis, effectivement, à tous les jours, j'ai comme des périodes de somnolence durant la journée, puis j'ai vraiment envie de dormir.*

CRITÈRE 8 : Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.

- *Je dirais que c'est beaucoup au niveau de l'attention, oublier quelque chose qui venait juste d'arriver, comme si ma tête n'était pas toute concentrée sur ce qui se passait.*
- *C'est difficile d'avoir une ligne de pensée longue. On dirait que j'ai plus de difficulté. Autant je peux obséder sur quelque chose, autant j'ai de la misère aussi à garder en tête quelque chose.*

Ainsi, les récits des interviewés nous signalent à plusieurs endroits que la définition du diagnostic de la dépression en termes de symptômes et les conséquences négatives du traitement par antidépresseurs en termes d'effets secondaires se recoupent remarquablement. Rappelons que, pour pouvoir poser le diagnostic de dépression majeure, au moins cinq symptômes sur neuf énumérés dans le DSM-IV doivent être présents, dont l'un de ces symptômes doit être nécessairement le critère 1 (humeur dépressive) ou le critère 2 (perte d'intérêt ou plaisir). L'antidépresseur peut donc agir sur certains symptômes, parfois les plus handicapants, et parallèlement en provoquer d'autres que l'on code comme des effets secondaires. Cette combinaison parfois étrange de bienfaits et de méfaits chez une même personne s'illustre par des situations paradoxales.

- *Je n'avais plus de troubles anxieux mais je n'avais plus de motivation.*
- *J'étais moins triste. Je reprenais un peu plus le goût à la vie. Disons que j'étais éveillée. Sauf que j'avais des tremblements, j'étais comme nerveuse.*
- *J'étais relaxe, mais en même temps j'avais de la misère à dormir, c'était bizarre.*
- *Oui, je me sens plus fatigué. Oui j'ai des journées de tristesse. J'ai des étourdissements, ce que je n'ai jamais eu avant. Oui, les antidépresseurs peuvent avoir un effet bénéfique, comme ils peuvent avoir un effet que je considère qui n'est pas bénéfique. Alors est-ce que c'est positif sur toute la ligne ? Non.*

Les effets secondaires, ou symptomatiques, sont quelquefois appréhendés en termes de questionnements existentiels. Lorsqu'on est « sous l'influence » de la molécule, certains se posent la question :

qui est-on vraiment ? Où tracer la frontière entre le soi et l'influence du médicament ? Peut-on « s'enliser » dans le médicament ? Encore une fois le statut de l'antidépresseur, oscillant entre la drogue et le médicament, se brouille.

- *Quand j'en prenais beaucoup, j'ai vraiment eu comme un trouble d'identité, c'était comme, c'est qui moi ? C'est moi qui prends les pilules là ? C'était vraiment bizarre comme feeling. Je n'ai pas aimé ça, mais en quelque part ça m'a donné un break. Quelque part, c'était fantastique mais en même temps, ce n'était pas moi et j'avais le goût de redevenir moi-même. J'allais bien, mais je n'étais pas moi-même.*
- *Je n'étais jamais triste, je n'étais jamais enthousiaste, je n'étais jamais fâchée. C'était vraiment toujours pareil, j'ai l'impression que mes émotions vont moins dans des extrêmes, ça émousse les émotions. Toutes les émotions, agréables ou pas.*
- *C'est l'effet de longue haleine, ça va faire deux ans puis je ne suis même pas stabilisée encore, c'est comme si je m'enlissais dans les médicaments. C'est comme une perte d'autonomie.*

Si les frontières entre le soi et l'antidépresseur peuvent parfois se brouiller, le médicament peut aussi, dans certains cas, être clairement identifié comme le responsable des contre-performances personnelles, sociales ou professionnelles, voire de mauvaises habitudes. C'est l'« autre », aussi étrange qu'étranger, que l'on responsabilise.

- *C'est Paxil que j'accuse, que je pointe du doigt, pour m'avoir mené à la paranoïa.*
- *Je ne suis pas comme ça habituellement, ça change assez pour que je le dise justement à ma patronne : « Écoute, je le sais que là je fais plus d'erreurs ces temps-ci, je pense que c'est à cause de mes médicaments c'est comme ça. » J'ai comme besoin d'expliquer parce que moi ça me fatigue de pas être aussi performante comme je pouvais l'être quand je ne prenais pas de médicaments.*
- *Je ne m'alimente pas bien, je fume, je me couche tard, je mange super mal, ça peut-être rien à voir avec le Paxil, mais j'aime bien oser croire que c'est le Paxil.*

L'image du « médicament confortable » tant répandue dans la littérature est difficile à trouver dans les récits, mais quelques entrevues témoignent toutefois du peu d'importance que les effets secondaires ont eu sur certains usagers.

- *Au début, j'avais un peu de troubles de vision, j'avais un peu mal au cœur*

mais c'était vraiment moins intense et ça n'a pas duré très longtemps. C'est un médicament qui pour moi est relativement confortable.

- *Je n'ai pas vu aucun effet secondaire, excepté que ça m'enlevait toute libido. Alors là, il m'a encore changé d'antidépresseur et depuis je n'ai aucun effet secondaire.*
- *Je n'avais pratiquement pas d'effets secondaires. J'ai pris un peu de poids, mais les effets secondaires il n'y en avait pas vraiment.*

ARRÊT OU SEVRAGE ? ESSAIS, RECHUTES, RECOMMENCEMENTS

On l'a déjà vu au niveau des réticences à commencer un traitement psychopharmacologique, l'antidépresseur est un corps à la fois étranger, étrange et stigmatisant. Sa seule prescription, parfois par un psychiatre, confirme l'usager dans son statut de personne souffrante d'un problème de santé vis-à-vis de soi et des autres. On a vu également que la décision de prendre des antidépresseurs n'est jamais facile et encore moins banale. L'acceptation de se plier au traitement relève essentiellement de la persistance des symptômes handicapants et dans la souffrance morale tenace, mais également dans la perspective de leur interruption à court ou moyen terme. La crainte de la dépendance au médicament, parallèlement à celle de la chronicisation des symptômes, plane toujours, minant l'estime de soi et forçant la personne à une redéfinition de ce qu'elle était jusqu'alors en révisant à la baisse des standards de fonctionnement (changement d'emploi, cadence d'activités, reconfiguration de l'entourage, qualité de vie, report de certains projets, etc.). Il y a aussi les effets secondaires qui ne sont pas, on l'a vu, négligeables. Il n'est donc pas étonnant qu'on veuille arrêter la prise du médicament, même carrément s'en débarrasser et, si possible, oublier l'« épisode dépressif » le plus vite possible.

De même qu'on ne souffre pas comme on le veut (il y a des codes sociaux et culturels de la souffrance), on n'arrête pas n'importe comment la prise d'un antidépresseur. Véritable rituel, le moment de l'arrêt semble ponctué de règles implicites et explicites à suivre. Comment ne pas penser encore une fois au statut incertain de la molécule constamment tiraillé, selon les circonstances et les contextes, entre drogue et médicament ? S'agit-il d'un arrêt ou d'un sevrage ? Les tentatives d'arrêter la prise d'antidépresseurs, que ce soit après une courte ou une longue période, donnent souvent lieu à des rechutes dépressives, parfois sévères et multiples. Avec les antidépresseurs, il semble alors qu'on parle

de moins en moins en termes de guérison que de soutien ou d'accompagnement sur le long terme¹². Malgré tout, on espère, on souhaite, on envisage un jour d'arrêter.

- *C'est sûr et certain que je ne passerai pas ma vie avec ça.*
- *Les antidépresseurs, c'est beau pour guérir quelque chose mais moi ça traîne, ça traîne. À un moment donné, je voudrais m'en débarrasser, c'est mon but.*
- *Pour moi, dans ma tête, il y a un but, c'est d'arrêter d'en prendre.*
- *Je ne peux pas croire que je vais prendre ça toute ma vie.*

Tout comme il y a un « bon » antidépresseur indiqué (la bonne molécule en fonction des symptômes de la personne) et un « bon » usage du médicament à respecter (observance), il y a aussi une « bonne » façon d'arrêter, et ce sous peine d'en subir soi-même les conséquences. Si on veut éviter la rechute dans l'enfer de la dépression, la décision d'arrêter doit être cautionnée par le professionnel (médecin ou psychiatre), seul initié autorisé en théorie à la manipulation de la substance.

- *Il faut toujours diminuer avec l'accord du médecin. C'est plate parce que tu penses toujours que t'es capable par toi-même.*
- *J'ai dit, je ne suis plus capable de « tougher » les médicaments, voulez-vous m'aider à ce que je les arrête. Le psychiatre dit : on va faire un test, mais si tu n'es pas capable de les arrêter, il va falloir que je t'en redonne.*
- *Je me suis essayée, je lui ai dit, j'aimerais ça les baisser. Il m'a dit : « Non ! » Là je suis retournée une deuxième fois, il m'a redit la même chose. Et moi j'ai dit : « Non ! » Il a dit : « C'est qui le médecin, c'est vous ou c'est moi ? » J'ai dit : « C'est vous. »*
- *Oui, oui, je veux arrêter, j'en prends parce que mon médecin m'a dit que c'était mieux que je n'arrête pas tout de suite, je continue de les prendre parce qu'il me dit d'attendre un peu avant d'arrêter.*

De plus, il est souvent conseillé de ne pas arrêter ni « trop tôt » ni encore moins du « jour au lendemain ». Il faut, semble-t-il, « donner la chance » au médicament d'agir adéquatement et se donner soi-même le temps de s'y adapter. Les traitements s'allongent et le chemin semble toujours trop long avant l'arrêt « final » tant souhaité. Lorsque l'on commence la phase de l'arrêt, il faut diminuer graduellement le dosage de la molécule.

- *J'ai demandé une fois si je pouvais arrêter et ma psychologue et mon médecin ont pensé que c'était un peu trop tôt. Normalement,*

ça prend quand même un certain temps avant que tu t'habitues aux antidépresseurs. Et ils disent que en bas d'un an, ce n'est pas très bon d'en prendre et d'arrêter avant, en dedans d'un an.

- Et là j'aurais été prête à m'en défaire tout de suite et elle m'a dit : « Bon, on va y aller bien bien tranquillement. » Fait qu'on a descendu très très tranquillement, ça a pris quand même plusieurs mois.
- Mon médecin m'a dit que c'était mieux que je n'arrête pas tout de suite. Il m'avait dit au début : « C'est minimum un an. » J'ai dit : « Ah non ! » Je pense que c'est juste après 6 mois qu'on a pu commencer tranquillement à diminuer. J'ai fait la diminution graduelle.

Certes, on peut toujours essayer de les arrêter soi-même ou « tout d'un coup », soit parce qu'on se sent mieux ou guérie, soit encore parce qu'on n'en ressent pas les effets escomptés. Mais peu importe les raisons, tout porte à croire qu'il faut payer, parfois chèrement, les conséquences d'une telle initiative.

- La première fois, je n'ai pas écouté mon médecin et j'ai voulu arrêter tout d'un coup. Je me suis ramassée à l'hôpital. Bien là je me suis dit, je ne peux pas essayer d'arrêter du jour au lendemain. Je n'ai pas le choix.
- Moi, je ne peux pas dire que j'ai senti bien bien l'effet que ça pouvait avoir. Je l'ai senti une fois où je l'ai arrêté par moi-même de façon assez abrupte. J'avais des étourdissements, des colères, des choses qu'on pourrait dire que c'est à cause que j'ai arrêté.
- L'arrêt des antidépresseurs, ça a été trois jours hyper-difficiles, l'enfer, je pense que c'est parce que j'ai décidé d'arrêter ça frette de même.

Toutefois, certaines personnes ont beau avoir pris les précautions nécessaires, suivi tous les rituels de l'arrêt, « l'enfer » de la dépression réapparaît. Leur descente se fait de façon tantôt graduelle (certains symptômes réapparaissent tranquillement), tantôt plus abrupte que la première fois. Les raisons de la « rechute » sont variables, mais parfois il ne suffit que d'un événement ou d'une épreuve (perte d'emploi, peine d'amour, etc.) pour que l'équilibre qu'on avait pensé avoir enfin retrouvé se bouleverse de nouveau. La circonstance de rechute vient dans la plupart des cas justifier la décision de prendre de nouveau des antidépresseurs. On retourne alors chez le médecin, on réajuste la dose, on réévalue le temps d'adaptation au médicament, on change dans certains cas le type de molécule. Le cycle de l'usage semble ainsi recommencer.

SI L'ANTIDÉPRESSEUR EST UN CORPS À LA FOIS ÉTRANGER,

ÉTRANGE ET STIGMATISANT, SA VALEUR D'USAGE, TELLE QUE

NOUS L'AVONS DÉFINIE, SEMBLE ÊTRE RECONNUE DANS SA FONCTION

LA PLUS ÉLÉMENTAIRE ET PRISÉE : LE RÉTABLISSEMENT DE L'ACTION

ET, DANS CERTAINS CAS, TOUT SIMPLEMENT LA SURVIE.

- J'ai été deux ans sans antidépresseurs, je me suis trouvé un emploi, ça allait super bien. Là, il s'est passé quelque chose avec l'employeur et j'ai perdu mon emploi. Puis, je suis replongée dans la dépression. J'ai fini par appeler le médecin. Il m'a dit : « c'est parce que la dépression est revenue ». Et il m'en a redonné et depuis ce temps-là, je les prends.
- J'avais fait vraiment une remontée extraordinaire. Donc, on a décidé qu'on arrêterait le traitement progressivement, j'ai quand même gardé cette espèce d'effet euphorique pendant les deux ans qui ont suivi, jusqu'au temps que j'ai eu ma deuxième peine d'amour, là ça a planté assez vite, il ne s'est pas passé six mois que je suis retombée en grosse rechute vraiment profonde. Puis là, mon médecin a dit : « on ne prendra pas de chance, on va te laisser sur les antidépresseurs ».
- J'ai arrêté totalement, j'ai respecté ce qui était convenu, je n'ai pas arrêté d'un coup, mais j'ai eu un « rebound ». Deux mois après avoir arrêté, je me mets à avoir des crises d'anxiété comme jamais dans ma vie. Au bout de six mois, j'ai dit il faut que j'en reprenne, je n'ai pas le choix. Le médecin disait : « Tu ne dois pas être guérie. »
- Ça se fait doucement. Là tu te dis, c'est peut-être à cause de tel événement. Puis bon, je suis un peu plus fatiguée, puis plus de tension au travail. La médecin a bien vu que c'était comme la dernière fois, puis elle a juste dit : « Peut-être qu'on a arrêté trop vite les médicaments, c'est que ça aurait été préférable de peut-être faire au moins deux ans. » Je voulais tellement arrêter d'en prendre.

D'autres, pour éviter de tomber dans cette spirale infernale de rechute et de reprise, doivent choisir (et quelque fois sous le conseil du médecin) le « bon moment » (bonne saison, pause ou arrêt de travail, etc.) pour arrêter. Se donner ainsi les conditions idéales avec le moins de contraintes possibles pour affronter les conséquences de l'arrêt. Mais ce moment idéal et épuré semble difficile à trouver ou souvent renvoyé à plus tard.

- J'attends d'avoir terminé mon mémoire, je ne veux pas que ça interfère dans mes études, je veux être capable d'au moins terminer ça correctement et d'être dans un état d'esprit plus libre avec moins de contraintes quand je vais arrêter.
- Le médecin a dit : « C'est l'hiver qui s'en vient, ce n'est pas avant le printemps qu'on va les baisser. »
- En septembre, je voulais arrêter et mon médecin m'a dit : « Essaie donc de « tougher », ce n'est pas une bonne idée, l'hiver puis l'automne, la température puis toute ça n'aide pas. »
- Le médecin me demande : « Est-ce que tu vis des facteurs stressants ? » Bien oui ! J'ai déménagé, je n'ai plus une cenne, je dois à peu près 30 000 \$, les créanciers à la porte. Donc, il a dit, « on garde ça 30 mg et on ne touche pas à ça ».

Ce qui, au début du traitement, pouvait être perçu comme « corps étranger » devient, souvent après l'épisode charnière de la rechute, un choix « nécessaire », c'est-à-dire un non-choix devant le constat d'une existence fragilisée et des symptômes coriaces. L'antidépresseur devient alors un aidant « non naturel », « non désiré », mais indispensable.

- Dans mon cas, je me suis aperçu à chaque fois que j'ai arrêté, c'était un échec, que les symptômes revenaient assez rapidement.
- J'ai essayé d'arrêter la médication tranquillement, en diminuant les doses, en suivant qu'est-ce que le médecin me prescrivait. On va baisser les médicaments et ça revient un an après. Je vas les reprendre. On rebaisse encore parce que ça va, c'est correct, c'est rétabli. Puis ça revient encore. Bien, tu n'as pas le choix de prendre ça à long terme parce que plus t'en fais, plus ça revient, plus t'as des chances que ça revienne. T'as comme pas le choix.
- Je n'ai plus le goût de prendre de chances. J'ai 50 ans. Je n'ai plus envie de vivre ça. Pourquoi je vas aller souffrir, pour dire que je prends pas un antidépresseur ? J'en prends des antidépresseurs, ça ne change rien à ma vie, sinon que ça me rend ma vie vivable. Pourquoi je vais aller souffrir le martyr ? À 20 ans, j'aurais

pu tout lâcher ça et j'aurais dit :
 « Je vais me battre, je n'ai pas besoin
 de prendre ça, c'est une béquille. »
 Aujourd'hui, je suis plus mature.
 Je suis plus sage. Et je me dis,
 si j'en ai besoin, j'en ai besoin.

* * *

En Occident, le « nœud » tissé entre individu, société et problèmes de santé mentale se transforme constamment en fonction de la variation normative (modèles institués d'adaptation et d'inadaptation sociale), de la redéfinition des lieux d'interface entre le corps et l'esprit (topiques psychanalytiques, économies des neurotransmetteurs, articulations génétiques de l'hérédité de comportement, etc.) et de la modification des repères culturels définissant la douleur physique et morale (modalités de souffrance psychique, seuils de tolérance, etc.). La dépression, tout comme les traitements conçus pour la soigner, la gérer, la prendre en charge, n'est intelligible, à moins de la réduire à une simple maladie du cerveau, qu'en fonction des trois dimensions évoquées.

Freud affirmait que le rôle de la psychanalyse est de transformer les symptômes inconfortables dont se plaint le névrosé en « malheur ordinaire ». Or, aujourd'hui, les névrosés n'incarnent plus les figures centrales de la nervosité sociale et la psychanalyse demeure très peu sollicitée pour traiter les symptômes des anxiodéprimés. Le malheur ordinaire, exprimé aujourd'hui par un ensemble polymorphe de souffrances dites sociales dont le statut pathologique est à tout le moins douteux¹³, s'est à ce point diffusé dans la vie sociale, et ce chez les différents groupes sociaux, que le nombre de troubles mentaux semble s'être multiplié¹⁴. Toutefois, si la souffrance sociale¹⁵, et sans doute à force de la traquer partout, semble tellement présente (au point que celui ou celle qui ne souffre pas devient suspect), il existe une différence, voire parfois une discontinuité entre le trouble mental et la souffrance sociale. Or où se situe la frontière entre les deux ? S'il semble impossible de la tracer de manière précise lorsqu'il s'agit de nervosité sociale, le rapport à l'antidépresseur constitue l'un des marqueurs possibles de cette frontière.

Si le statut de l'antidépresseur demeure ambigu, ni tout à fait médicament de l'esprit, ni tout à fait médicament du corps ; ni entièrement médicament, ni entièrement drogue, n'est-ce pas le cas pour tout médicament dit psychotrope ? Le rapport antidépresseur-individualité est certes complexe et ambivalent. Toutefois, c'est en définitive la persistance de symptômes

tenaces, menaçant sérieusement le fonctionnement de l'individu, avec toutes les conséquences qui en découlent pour les trajectoires sociales, qui constitue la pierre de touche d'un tel rapport. On ne parle pas ici de malaise vague ou de souffrance générale. Si l'antidépresseur est un corps à la fois étranger, étrange et stigmatisant, sa valeur d'usage, telle que nous l'avons définie, semble être reconnue dans sa fonction la plus élémentaire et prisée : le rétablissement de l'action et, dans certains cas, tout simplement la survie.

La perte de « spécificité » des antidépresseurs, la difficulté de s'en déprendre, l'enchevêtrement des effets secondaires et des symptômes, le rapprochement des registres de la dépression et de l'anxiété (ou vice-versa), l'importance du « fonctionnement normal » comme effet recherché des médicaments psychotropes, sont des signes qui brouillent les frontières entre malheur ordinaire et trouble mental plutôt qu'ils ne contribuent à les définir. On peut certainement se demander si c'est le début ou la fin d'un cycle. Or, nous l'avons dit, les « nervosités sociales » ne se guérissent pas, mais disparaissent et laissent la place à d'autres, et le même processus s'applique aux réponses thérapeutiques. Assistera-t-on un jour à la « découverte » psychiatrique d'un énième syndrome, celui de l'anxiodépression, regroupant un ensemble hétérogène de symptômes dont la principale conséquence serait la difficulté globale de « fonctionner normalement » ? Assistera-t-on un jour à une « découverte » tout aussi impudente de la psychopharmacologie : celle d'un médicament qui ne cacherait plus, cette fois-ci, son statut « non spécifique », remontant, dopant, énergisant, mais qui affirmerait néanmoins son caractère « utile », c'est-à-dire sa capacité de s'attaquer à la « panne du fonctionnement social » ?

Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-TR)*.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM I)*.

BASTIDE, R. (1965). *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.

BÉDARD, D. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques*, Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, Québec.

BENIGERI, M. (2007). *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*, Montréal, Carrefour montréalais d'information sociosanitaire et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

CAMIRAND, H. ET V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – CPA (2005). « CPA position statement prescribing antidepressants for depression in 2005 : Recent concerns and recommendations », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 12, p 1-6.

CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (CPA) (2001). « Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 46, suppl. 1, p. 8S-58S.

COLLIN, J. (2007). « Relations de sens et relations de fonction : risque et médicament », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 1, p. 99-122.

COLLIN, J., M. OTERO et L. MONNAIS (dir.) (2007). *Le médicament au cœur de la société contemporaine*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

CONSEIL DU MÉDICAMENT DU QUÉBEC – CMQ (2008). *Usage des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments du Québec, Étude descriptive – 1999-2004*, Québec, Les Publications du Québec.

DORVIL, H. (1988). *Histoire de la folie dans la communauté (1962-1987) : de l'Annonciation à Montréal*, Montréal, Éditions Émile-Nelligan.

FASSIN, D. (2004). *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte.

NAMIAN, D. (2007). « Les antidépresseurs : une réponse à la souffrance ? », communication présentée au Forum international de la gestion autonome du médicament de l'âme, RRASMQ, 7 avril.

OTERO, M. (2007). « La dépression : figure emblématique de la nervosité contemporaine », dans DORVIL, H. (dir.), *Problèmes sociaux*, tome 3, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 147-169.

OTERO, M. (2005). « Santé mentale, adaptation sociale et individualité », *Cahiers de recherche sociologique*, n°s 41-42, automne, p. 65-89.

OTERO, M., M. LALONDE et D. NAMIAN (2009). *Dépression et antidépresseurs au Québec : définir et gérer les contre-performances sociales ou diagnostiquer et traiter les troubles de l'humeur ?*, Montréal, rapport de recherche.

OTERO, M. et D. NAMIAN (2009). « Le succès psychiatrique de la dépression : du discret mécanisme de défense au trouble de l'humeur épidémique », dans HACHIMI, S.Y. (dir.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquences socio-anthropologiques et éthiques*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 375-399.

RENAULT, E. (2008). *Souffrances sociales*, Paris, La Découverte.

SWINSON, R. (2006). « Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, suppl. 2, juillet, p. 1S-92S.

VAN DER GEEST, S. ET S. WHYTE (1989). «The charms of medics: Metaphores and metonyms», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 3. n° 4, p. 345-367.

Notes

1. Nous reconnaissons le soutien financier du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).
2. Les antidépresseurs sont utilisés pour traiter non seulement la dépression majeure, mais aussi les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation, les troubles de l'affectivité, les troubles des conduites alimentaires, le trouble de déficit de l'attention, l'énurésie, la fibromyalgie, l'épuisement professionnel, le trouble dysphorique prémenstruel, l'insomnie, les douleurs neuropathiques, la perte de poids, l'incontinence, l'alcoolisme, l'éjaculation précoce, le syndrome de l'intestin irritable, l'apnée du sommeil, etc. (CMQ, 2008).
3. Environ 60 % des contacts avec les services en santé mentale à Montréal dans l'année 2004-2005 concernaient des troubles anxieux (états anxieux, états phobiques, troubles obsessionnels compulsifs, etc. – 32 %) et affectifs (troubles dépressifs, bipolaires, etc. – 27 %) (Benigeri, 2007).
4. Selon le régime public d'assurance médicaments du Québec, qui couvre plus du 40 % de la population, environ 4 personnes sur 10 ayant reçu un diagnostic de troubles anxieux en 2004 ont eu recours en cours d'année aux antidépresseurs (CMQ, 2008). Les psychiatres recommandent également le recours aux antidépresseurs pour traiter certains troubles anxieux (Swinson, 2006).
5. Essentiellement, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRN).
6. C'est en ce sens que Roger Bastide (1965) affirmait, il y a plus de vingt ans, que les «névroses» semblent constituer un objet plus adéquat pour la sociologie que les «psychoses».
7. Nous avons analysé ailleurs l'évolution et les limites de la nosographie de la dépression à travers les successives éditions des DSM (I, II, III, III-R, IV et IV-Tr) depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Malgré la prétention d'établir une classification a-théorique et scientifique des troubles mentaux au fil du temps, les successifs DSM se heurtent à l'irréductibilité des deux composantes ontologiques constitutives de l'univers des problèmes de santé mentale, à savoir le «mental pathologique» et le «social problématique». L'impossibilité même de parvenir à une définition satisfaisante, pas plus du concept de «maladie psychiatrique» que de celui de «trouble mental», que questionne la capacité diagnostique à distinguer une «vraie» dépression d'un état dit «subsyndromique», voire d'un état «anxiodépressif» non pathologique et plutôt proche du malheur ordinaire. Seule la prescription d'un même médicament, en l'occurrence l'antidépresseur, unifie à l'occasion dans la pratique thérapeutique les «vraies» dépressions, les états subsyndromiques et le malheur ordinaire. Il faut se rappeler en outre que ce geste foncièrement médical est posé la plupart du temps par un «généraliste» de la santé globale (omnipraticien) plutôt que par un «spécialiste» du «mental pathologique» (Otero et Namian, 2009).
8. Les auteurs du DSM-IV-TR donnent cette définition du trouble mental: «chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex., symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex., altération de un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significatif élevé de décès, de souffrance, de handicap, ou de perte importante de liberté» (p. XXXV). Il est évident que la plupart des facteurs «associés» au syndrome cliniquement significatif (souffrance, dysfonctionnement, perte de liberté, etc.) ne peuvent pas être uniquement définis par les caractéristiques du milieu social et culturel où évolue la personne. Bien entendu, ces caractéristiques sont «déjà là», c'est-à-dire instituées socialement, culturellement et normativement.
9. Environ 7 personnes sur 10 ayant reçu un diagnostic de dépression majeure, et qui sont couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec, se font prescrire des antidépresseurs (CMQ, 2008).
10. Depuis l'affirmation dans le célèbre Rapport Bédard (1961), qui a donné le coup d'envoi à la désinstitutionnalisation au Québec, disant que «la maladie mentale est une maladie comme les autres», le débat sur cette question n'a jamais été clos (Dorvil, 1988).
11. Les critères ont été transcrits littéralement, mais parfois écourtés. Voir DSM-IV-TR, 2000, p. 411.
12. Depuis au moins 2001, les psychiatres recommandent explicitement de poursuivre le traitement pendant au moins neuf mois (CPA, 2001; 2005).
13. Le terme «détresse psychologique» est utilisé pour désigner ce registre de souffrance polymorphe se situant quelque part entre le malheur ordinaire et les symptômes psychiatriques. Un Québécois sur cinq serait, semble-t-il, en détresse psychologique, qu'on définit comme «le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus qui, lorsqu'elles se présentent avec persistance, peuvent donner lieu à des syndromes de dépression et d'anxiété» (Camirand et Nanhon, 2008, p. 1).
14. En témoigne le contraste frappant entre, d'une part, le volumineux, ambitieux et foisonnant DSM-TR-IV (2000), qui s'étend sur 943 pages consacrées à la description des syndromes, critères diagnostiques, échelles d'évaluation, données épidémiologiques, etc., et, d'autre part, la succincte et modeste cartographie psychopathologique du DSM I (1952) d'après-guerre comportant à peine 132 pages.
15. Voir, par exemple, les excellents travaux de Fassin (2004) et Renault (2008) sur l'émergence et la diffusion de la «souffrance sociale» dans les sociétés contemporaines qui offrent deux interprétations différentes de ce phénomène.